UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941 N° 313

LA TECHNIQUE RAPIDE DES HYSTERECTOMIES TOTALES POUR CANCER DU CORPS OU FIBROME COMPLIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
MENTION "MÉDECINE"

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Novembre 1940

par

KRINSKI Hirsz

Né à Kowno (Lituanie) le 22 Août 1910

Examinateurs de la Thèse :
- MM. GUYOT, Professeur; Président
- CHARRIER, Professeur — Juges
- FAUGERE, Agrégé — Juges
- POUYANNE, Agrégé — Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE BOÉCHAT FRÈRES
29, Rue Saincric
1940

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0095

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941 N° 313

LA TECHNIQUE RAPIDE DES HYSTERECTOMIES TOTALES POUR CANCER DU CORPS OU FIBROME COMPLIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
MENTION "MÉDECINE"

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Novembre 1940

par

KRINSKI Hirsz

Né à Kowno (Lituanie) le 22 Août 1910

Examinateurs de la Thèse : MM. GUYOT, Professeur; Président
CHARRIER, Professeur
FAUGERE, Agrégé
POUYANNE, Agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE BOÉCHAT FRÈRES
29, Rue Saincric
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC.
Assesseur ..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPERIE.	Clinique ophtalmologique	TEULIERES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Physiologie	FABRE.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.	Chimie biologique et médicale ..	MACHEBŒUF.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie ..	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale..	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique..	DUBECQ.
Zoologie et parasitologie	N.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		

LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale),
CHARRIER (Chirurgie générale).

AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE. MAHON.
Physiologie	FRANCK.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY. FONTAN. BROUSTET. DERVILLEE. SARIC. DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
		Dermatologie et syphiligraphie .	JOULIA.
		Physique médicale	AURIAC.
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
Chirurgie générale	LOUBAT. MASSE. DARGET. MAGENDIE. POUYANNE.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
		Pharmacie	MESNARD. GRANGER.
		Histoire naturelle médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Accouchements	RIVIERE.	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGERE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	DARGET.	Physiologie	PETITEAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.		
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON BEAU-PERE

A LA MEMOIRE DE MA REGRETTEE
BELLE-MERE YVONNE MARTINON

A MA FAMILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société Française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.

Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse, hommage respectueux et reconnaissant.

INTRODUCTION

Ayant la bonne fortune de suivre pendant les années de nos études le précieux enseignement du Professeur Guyot, nus étions souvent frappés par la technique opératoire appliquée par notre éminent maître dans certains cas d'hystérectomie totale et subtotale.

La technique rapide des hystérectomies pour cancer du corps utérin ou pour fibromes compliqués a permis d'abréger la durée de l'acte opératoire et de sauver bien des malades qui n'auraient pas pu supporter une intervention plus prolongée.

L'examen systématique pré-opératoire pratiqué dans le service chirurgical de notre maître contribue à la réussite de l'intervention et à éviter certaines complications.

Cette méthode, comme tant d'autres introduites ou modifiées par des praticiens français, ne sont que l'expression de l'esprit latin, plein de logique.

Tous ces praticiens, poussés par une conviction profonde, et soutenus par une invincible espérance, se sont mis au travail, pour étudier cette question. Leurs efforts sont bientôt couronnés de succès. Les premières hystérectomies sont faites et une voie nouvelle s'ouvre.

Aujourd'hui nous vivons dans un monde nouveau. Grâce aux efforts sans relâche, la technique des hystérectomies est perfectionnée et sa mise au point paraît définitive.

Tout le problème de sa guérison réside pour ainsi dire dans la précocité de l'intervention. La première condition de sa guérison consiste, avant tout, dans les moyens de le reconnaître et de le dépister dès les premiers temps de son apparition.

Le problème de la guérison du cancer n'est plus aujourd'hui une question de doctrine, c'est plutôt une question de propagande qui doit être faite dans le public. Au moindre signe, la femme doit aller consulter son médecin et se soumettre à un examen approfondi, même en pleine santé apparente. Lorsque cette pratique sera entrée dans les mœurs de la femme, le dernier pas dans la lutte contre le cancer sera fait.

Cette technique rapide employée par le Professeur Guyot est d'autant plus intéressante que ce ne sont pas les cancers seuls qui réclament l'hystérectomie, mais aussi certains fibromes compliqués. Il peut s'agir, en effet, d'un ou de plusieurs fibromes qui augmentent rapidement de volume, d'autres qui sont douloureux en permanence et surtout s'accompagnant d'une fièvre légère, et enfin ceux qui entraînent des troubles mécaniques de compression. Donc, aussi bien pour le cancer utérin que pour le fibrome compliqué il est indispensable de faire un diagnostic précoce.

Malheureusement, il arrive encore que la femme se présente au chirurgien quand le mal a gagné déjà. La malade est anémiée, fatiguée. C'est dans ces cas-là surtout que l'importance de l'hystérectomie par la méthode rapide a son importance.

Dans cette courte étude, nous nous proposons d'exposer :

1° La description des symptômes observés en clinique au cours de nos années d'étude ;

2° Le diagnostic ;

3° La technique rapide pratiquée dans le service, et, pour illustrer cette intervention, quelques observations concernant les malades opérées dans le service chirurgical du Professeur Guyot.

TABLEAU CLINIQUE

I. — Cancer du corps utérin

La première manifestation du cancer du corps de l'utérus, c'est l'hémorragie. Cette hémorragie diffère suivant qu'il s'agit d'une femme encore réglée ou d'une femme ménopausée. Dans le premier cas, la malade présente des ménorragies plus ou moins prolongées, avec un suintement glaireux dans l'intervalle de ces ménorragies. Ces pertes peuvent être rosées, rouillées, tachant abondamment le linge, provoquant de l'irritation pénible avec sensation de brûlure sur la face interne des cuisses. Après la ménopause, on peut voir parfois des pertes hydrorrhéiques, mais le signe qui prime dans ce cas c'est l'hémorragie.

Un autre signe qui a son importance, c'est la douleur. Cette douleur peut survenir dès le début ; elle rappelle la douleur des règles et peut être très vive. En effet, l'utérus se contracte, en travaillant ainsi à l'expulsion des caillots ou en se crispant sur une masse néoplasique d'un certain volume.

La malade peut accuser également des douleurs qui prennent la forme d'une pesanteur pelvienne ou bien le caractère de véritables névralgies crurales.

En pratiquant un toucher vaginal, nous trouvons un orifice vaginal ponctiforme, un corps utérin un peu augmenté de volume. En retirant le doigt, il est mouillé de sang.

II. — Fibrome utérin

Il s'agit d'une femme qui présente des hémorragies et surtout des ménorragies. Pendant les jours qui suivent les règles de la leucorrhée. Les douleurs sont rares au début. Parfois elles prennent une forme de coliques.

La tumeur que nous décelons à l'examen fait corps avec l'utérus. Au toucher, le mouvement imprimé à l'utérus se transmet au col.

FORMES CLINIQUES

Nous ne ferons qu'un aperçu très limité de différentes formes cliniques.

En ce qui concerne le cancer de l'utérus, il peut s'agir d'un cancer total, dont le point de départ est corporal. Nous trouvons aussi une forme clinique qui est dite cancer à petit utérus.

Les formes cliniques des fibromes utérins sont très variables et nous pouvons les classer suivant leur position. Ainsi nous aurons des fibromes à développement antérieur avec signes d'ordre vésical, des fibromes à développement pelvien avec signes de compression, des fibromes à développement latéral ou postérieur.

Nous pouvons aussi classer les fibromes suivant leur situation dans l'utérus lui-même. Nous aurons donc des fibromes sous-muqueux, sous-séreux, des fibromes de la portion vaginale du col. Une dernière classification sera celle d'après la symptomatologie.

DIAGNOSTIC

Le cancer du corps utérin est le cancer des vieilles femmes, car il est une vérité qu'il faut formuler comme un dogme : « Après la ménopause, une femme ne doit jamais

perdre de sang ». Si elle en perd, elle doit être avec un col sain, considérée comme fortement suspecte de cancer du corps. Il est déplorable qu'une vérité d'une telle importance soit encore si peu connue.

Il s'agit pour la plupart d'un épthélioma cylindrique, formant soit une petite masse implantée sur le fond de l'utérus qui se développe lentement, soit une masse diffuse occupant en quelque sorte la muqueuse utérine en entier. La première manifestation est ici la perte sanguine ; mais celle-ci diffère suivant qu'il s'agit d'une femme encore réglée ou ménopausée. Dans le premier cas, la malade présente des ménorragies plus ou moins prolongées, entre lesquelles apparaît un suintement moins coloré, glaireux, parfois ces pertes sont rosées, rouillées. Après la ménopause, on voit parfois des pertes hydrorrhéiques abondantes, mais le signe important est l'hémorragie.

L'examen décèle, en général, un corps utérin un peu augmenté de volume, mais l'évolution est lente, et c'est là un signe incertain, bien des femmes ayant eu ou ayant encore à la ménopause un petit fibrome, qui, s'il saigne, doit être tenu pour suspect de transformation néoplasique.

Un moyen précieux de diagnostic, c'est l'hystérographie, qui, grâce à une injection de lipiodol dans l'utérus, permet d'obtenir une image radiographique de la cavité utérine et souvent d'y déceler une lésion qui commande l'exérèse immédiate.

Donc, pour faire un diagnostic précoce, il faut voir les malades d'une façon précoce et, dès le début de leur mal.

Quelques mots concernant le diagnostic du fibrome.

Il s'agit pour la plupart d'une femme avant la méno-

pause. Il est indispensable de faire un diagnostic précoce, le fibrome pouvant se compliquer. Nous n'insisterons pas dans notre exposé sur les complications des fibromes, notons simplement qu'elles peuvent être locales, comme les hémorragies, les compressions. Les complications peuvent être dues à la torsion du fibrome quand il est pédiculé, à la nécrobiose ou à la gangrène aseptique et enfin à la transformation maligne. Nous voyons donc l'importance du diagnostic précoce du fibrome en général et du fibrome compliqué en particulier. En examinant la malade, il faut éliminer tout d'abord la grossesse et les kystes de l'ovaire. Quand les difficultés surgissent concernant la grossesse, la réaction d'Ascheins-Zondek sera un adjuvant très important.

De notre diagnostic précoce dépend la curabilité du fibrome compliqué et du cancer du corps utérin.

Nous possédons, à l'heure actuelle, une technique parfaite pour les enlever largement. Ces tumeurs, prises à temps, nous pouvons l'affirmer sans crainte, doivent être considérées parmi les plus curables de toutes.

LA TECHNIQUE DE L'INTERVENTION

L'intervention, dans les cas de cancer du corps utérin ou de fibromes compliqués, comporte :

1° Des soins préopératoires ;

2° Des soins opératoires ;

3° Des soins post-opératoires.

1° Il s'agit généralement d'une femme qui a dépassé la ménopause ou qui est aux environs de celle-ci, rarement avant. Elle est anémiée, fatiguée et nécessite d'être remontée avant de subir l'intervention.

Nous pouvons distinguer deux cas :

a) Cas de petites anémies :

Dans ce cas, 8 à 15 jours qui précèdent l'intervention, nous lui appliquerons un traitement d'hémopylore par voie buccale et surtout en injections intra-musculaires. Les résultats constatés par notre maître à la suite de l'application de cette médication sont très importants et ont une influence considérable sur la conduite de l'intervention. On voit une augmentation rapide des globules rouges ; augmentation parallèle du taux de l'hémoglobine et du

poids ; suppression de l'anorexie; un sentiment d'euphorie.

Le traitement anti-anémique sera complété par un régime spécial (jus de viande, viandre crue, etc...).

b) Cas de grosses anémies :

Dans ce cas, on aura recours à la méthode des transfusions répétées, lentes et non massives. On injecte une quantité de sang qui varie entre 200 et 250 cc., de façon que la transfusion se fasse en 7 ou 8 heures.

On pourra continuer ainsi pendant les quatre jours qui précèdent l'opération, en pratiquant trois transfusions. Ces transfusions, tout en remontant la malade, modifient la crase sanguine et la mettent à l'abri d'une hémorragie qui pourrait survenir pendant l'intervention.

I. — Soins généraux pré-opératoires.

Bien ausculter la malade avant et prendre toutes les précautions pulmonaires. Administrer l'eucalyptine, faire de la révulsion. La semaine qui précède l'intervention, donner du citrate de soudre, 4 grammes par jour, pendant 8 jours. Mettre des sangsues sur la racine des cuisses (phlébite).

II. — Soins opératoires.

Anesthésie à l'éther, si rien ne contredit. Laparatomie médiane normale. Après avoir dégagé le petit bassin par l'application des champs, dégager l'intestin. Avec la main on décolle l'utérus et les paramètres.

Les ligaments ronds et utéro-ovavriens sont chargés sur la même aiguille et les deux pédicules liés ensemble.

Décollement du péritoine autour de l'utérus, le plus

largement possible. En ce qui concerne le décollement, deux cas se présentent :

1° Il s'agit d'une hystérectomie totale : On décolle le péritoine sur le vagin, le plus loin possible, on pince les deux artères utérines. On ouvre le vagin et on le sectionne au ras du col. L'utérus est ainsi enlevé en bloc ;

2° Il s'agit d'une hystérectomie subtotale : Après dégagement du péritoine et pincement des artères utérines, le col est coupé, iodé et l'utérus enlevé.

Après ce temps, l'hémostase des artères utérines est faite de la façon suivante : du côté droit, un gros catgut est passé dans le col restant; et après avoir fait une première ligature, avec les deux bouts restants, on va ligaturer l'artère utérine (Professeur Guyot).

On procède de la même façon du côté opposé. La péritonisation ne se fera que très rarement dans ce cas.

S'il s'agit d'une hystérectomie totale, on met un drain ou des mèches dans le vagin.

Pour terminer, on met sans péritoniser, un Mikulicz dans le petit bassin.

La fermeture de la paroi se fait rapidement aux fils de bronze et au catgut pour la couche musculaire.
La durée de l'intervention est de 20 à 25 minutes.

III. — Soins post-opératoires.

Glace sur le ventre, administration du sérum physiologique, un litre et demi chaque jour.

Pour faciliter, au bout du deuxième jour, l'émission des gaz, on mettra à la malade une sonde rectale et on fera des injections de prostigmine.

On laisse les mèches du Mikulicz en place jusqu'au dixième jour qui suit l'opération ; à partir du dixième jour on enlèvera une mèche chaque jour. Le sac sera enlevé le quatorzième jour.

Pour une hystérectomie totale, le drain et la mèche sont enlevés le huitième jour. La transformation sanguine post-opératoire peut également s'imposer s'il y a eu une grosse spoliation sanguine, avec état anémique concomitant. Cette transfusion abrège considérablement la convalescence.

OBSERVATIONS

PREMIERE OBSERVATION.

Brindle (Marie), 46 ans, couturière. Entrée à l'hôpital le 13 janvier 1940. Salle 32, lit 14.

La malade entre dans le service le 13 janvier 1940, venant de l'hôpital de Saint-Sever.

A. P. : Rien à signaler dans l'enfance. Premières règles à l'âge de 14 ans, venant toutes les trois semaines et durant une semaine. Les règles ne sont pas douloureuses, leur abondance est normale. La malade a des pertes de sang depuis huit semaines. Mariée en 1917, elle a deux enfants, l'un âgé de 23 ans, l'autre de 20 ans. Accouchements à terme et faciles. Entre les règles, la malade n'a jamais eu de pertes blanches.

A. H. : Mère décédée à l'âge de 72 ans, père mort à 66 ans. Deux frères et une sœur vivants et bien portants. Rien à signaler par ailleurs.

Histoire de la maladie.

Il y a huit semaines, la malade a vu que ses règles se continuaient sans interruption par des pertes sanglantes. Elle dit que ces jets étaient abondants et constitués surtout par des gros caillots. En même temps, la malade se sentait très fatiguée. Elle dit avoir beaucoup maigri, sans pouvoir préciser. Elle présente depuis ce temps-là une anorexie presque complète. En outre, la malade présente des vertiges, de la céphalée fréquente et violente.

Les pertes de sang continuent et l'affaiblissent. La malade s'est alitée il y a six semaines, chez elle, dans les Landes et soignée à son domicile.

Il y a quinze jours, elle est entrée à l'hôpital de Saint-Sever. Ne pouvant pas être traitée là, elle est envoyée dans le service du Professeur Guyot.

Examen.

Nous nous trouvons en présence d'une malade qui a un aspect fatigué, avec un teint anémié. Les conjonctives sont décolorées.

Appareil pulmonaire : La malade ne tousse pas, ne crache pas. Rien à signaler à l'auscultation.

Appareil cardio-vasculaire :

T.M. = 19
T.Mn. = 8
I. O. = 6

Les bruits du cœur sont normaux et bien frappés.

Appareil digestif : Langue bonne. Anorexie. Constipation.

Examen de la partie malade : Le toucher révèle un col volumineux de consistance ferme mais non induré. Le corps utérin est en arrière. Il est volumineux, mobile et non douloureux. Les cul-de-sacs sont libres et non douloureux.

Le 19 mars : Hytérectomie totale (Professeur Guyot), Mikuliez. Cette hystérectomie a été faite par la méthode rapide, la malade étant anémiée comme le démontrent les énumérations globulaires pratiques dans le service. Position de Trendelenburg. Incision sous-ombilicale. Les anses intestinales sont refoulées par les champs. On trouve un utérus gros et en rétro-

version. Ligature en bloc de deux côtés des ligaments utéro-sacrés et des ligaments ronds. Incision du péritoine vésico-utérin et refoulement de la vessie, très loin. Ligature des utérines et des vaginales de deux côtés. Ouverture du vagin. On met une mèche et un gros drain dans le vagin qui est refermé par points séparés au catgut. Mikulicz avec trois mèches, drain abdominal. Fermeture rapide de la paroi avec des fils métalliques. Opération sans incidents. Durée : 25 minutes. Bonne anesthésie.

Analyse des urines 18 *janvier* 1940 *et examen microscopique :*

Volume : 1300.
Couleur : jaune.
Aspect : trouble.
Sédiment : léger.
Réaction : 6,8.
Densité + 15° : 1014.
Albumine : 1 gr.

Quelques leucocytes, assez nombreuses hématies.
Réaction de Kastle-Mayer positive.

Analyse des urines, 19 *janvier* 1940 :

Albumine : 0, 25. Quelques hématies, quelques cellules.

Groupe sanguin IV :

Hecht	Négatif.
Meinicke	
Urée sanguine	0.20.

Numération globulaire le 16 *janvier* 1940 :

Taux d'hémoglobine	20 %.
Hématies	1.910.000.
Leucocytes	48.000.
Polynucléaires	77 %.
Lymphocytes	15 %.
Monocytes	5 %.
Eosinophiles	1 %.
Basophiles	2 %.

Anisocytose des hématies. Traitement par l'hémopylore.

Le 24 janvier 1940 :

Taux d'hémoglobine	40 %.

Hématies	2.260.000.
Leucocytes	42.000.
Polynucléaires	75 %.
Lymphocytes	20 %.
Monocytes	5 %.

Le 31 janvier 1940 :

Taux d'hémoglobine	30 %.
Hématies	2.000.000.
Leucocytes	46.000.
Polynucléaires	80 %.
Lymphocytes	15 %.
Monocytes	5 %.

Le 6 février 1940 :

Taux d'hémoglobine	45 %.
Hématies	2.100.000.
Leucocytes	42.000.
Polynucléaires	76 %.
Lymphocytes	19 %.
Monocytes	5 %.

Le 9 février 1940 :

Taux d'hémoglobine	45 %.
Hématies	2.120.000.
Leucocytes	42.000.
Polynucléaires	67 %.
Lymphocytes	23 %.
Monocytes	6 %.
Eosinophiles	4 %.

Anisocytose et poikylocytose des hématies,

le sixième jour après les injections d'hémopylore.

Le 17 février 1940 :

Taux d'hémoglobine	45 %.
Hématies	2.180.000.
Leucocytes	32.000.
Polynucléaires	65 %.
Lymphocytes	22 %.
Monocytes	7 %.

Basophiles	2 %
Eosinophiles	1 %
Prolymphocytes	2 %

Anisocytose, poïkylocytose ,nombreux réticulocytes.

Le 19 février 1940 :

Taux d'hémoglobine	48 %
Hématies	2.230.000.
Leucocytes	33.000.
Polynucléaires	71 %
Lymphocytes	23 %
Monocytes	3 %
Eosinophiles	1 %
Basophiles	2 %

Le 24 février 1940 :

Taux d'hémoglobine	50 %.
Hématies	2.170.000.
Leucocytes	32.000.
Polynucléaires	70 %.
Lymphocytes	17 %.
Monocytes	10 %.
Eosinophiles	1 %.
Basophiles	2 %.

Anisocytose et poikylocytose des hématies :

Le 4 mars 1940 :

Taux d'hémoglobine	50 à 55 %.
Hématies	2.300.000.
Leucocytes	30.000.
Polynucléaires	72 %.
Lymphocytes	20 %.
Monocytes	5 %.
Eosinophiles	2 %.
Basophiles	1 %.

Hématies plus normales dans l'ensemble, avec légère anisocytose.

On pratique une transfusion sanguine. Deux jours après cette transfusion, on constate :

Le 9 mars 1940 :

Taux d'hémoglobine	60 %.
Hématies	3.760.000.

Leucocytes	32.000.
Polynucléaires	73 %.
Lymphocytes	12 %.
Eosinophiles	5 %.
Basophiles	4 %.

Le 14 mars 1940 : Avant la deuxième transfusion :

Taux d'hémoglobine	60 %.
Hématies	3.340.000.
Leucocytes	7.200.
Polynucléaires	63 %.
Lymphocytes	29 %.
Monocytes	3 %.
Eosinophiles	2 %.
Basophiles	3 %.

Le 18 mars 1940 : Après la deuxième transfusion :

Taux d'hémoglobine	65-70 %.
Hématies	3.600.000.
Leucocytes	6.000.
Polynucléaires	63 %.
Lymphocytes	36 %.
Monocytes	7 %.
Eosinophiles	1 %.
Basophiles	3 %.

Le 19 mars 1940 : Après la troisième transfusion :

Taux d'hémoglobine	70 %.
Hématies	3.820.000.
Leucocytes	7.200.
Polynucléaires	65 %.
Lymphocytes	23 %.
Monocytes	10 %.
Basophiles	1 %.
Eosinophiles	1 %.

Nombreuses hématies granulo-réticulo-filamenteuses.

Le 20 mars 1940 :

Taux d'hémoglobine	70 %.
Hématies	3.800.000.
Leucocytes	9.000.
Polynucléaires	75 %.
Lymphocytes	10 %.
Monocytes	15 %.

DEUXIEME OBSERVATION.

Bizzi (Marie), 48 ans, sans profession. Entrée le 11 janvier 1940 à l'hôpital Saint-André, service du Professeur Guyot. Salle 22bis, lit 20.

La malade est envoyée à l'hôpital par son médecin pour fibrome.

A.H. : Mère morte d'un cancer de la gorge. Père en Italie, hospitalisé pour rhumatisme et paralysie.

A.C. : Deux sœurs vivantes, une en bonne santé, l'autre souffre d'anémie. Une troisième morte à l'âge de 14 ans. Enfin, une autre morte à l'âge de 2 ans (anémie).

La malade est mariée, mère de sept enfants, dont cinq vivants et en bonen santé. Une fille de 4 ans morte de la rougeole, un garçon mort de méningite à 15 mois.

A.P. : Pas de maladies de l'enfance à signaler. Erysipèle de la face, avec plusieurs rechûtes, à l'âge de 20 ans. Congestion pulmonaire il y a huit ans, après l'accouchement de son dernier enfant.

Réglée à 15 ans. Premier enfant à 26 ans, étant mariée depuis trois ans. Ensuite, la malade a eu six autres enfants, avec grossesses et accouchements normaux, à l'exception cependant du dernier accouchement qui était suivi d'une congestion pulmonaire.

Histoire de la maladie.

Depuis longtemps, dans l'intervalle des périodes menstruelles, la malade accuse des pertes de couleur jaunâtre, sentant mauvais. Elle ne souffre pas et comme les pertes sont peu

abondantes, la malade n'y prête pas attention. Il y a quatre ou cinq mois, les pertes deviennent brusquement très abondantes. Ses règles, qui étaient d'abord régulières, avancent sur la période normale. Elles sont très abondantes, la malade perdant pendant huit à neuf jours. Il y a un mois la malade va consulter son médecin qui diagnostique un fibrome et conseille l'intervention chirurgicale. Elle reste un mois sans autres soins, avant de se décider de rentrer à l'hôpital Saint-André.

Examen.

Appareil pulmonaire : Rien à signaler.

Appareil cardio-vasculaire : T. A.

Mx = 15
Mn = 9
Io = 2

Appareil digestif : Anorexie, pas de constipation.

Système nerveux : Rien à signaler.

Examen de la région malade :

A l'inspection, nous nous trouvons en présence d'un abdomen volumineux, avec cicatrice ombilicale déplissée. De nombreuses vergetures sillonnent la peau. A la palpation, on sent une masse abdominale volumineuse remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Cette masse est un peu douloureuse à la palpation profonde. En faisant le toucher vaginal, on note un col très mou, effacé, qui regarde en arrière. Le corps utérin se trouve en avant et se confond avec la masse abdominale que par le palper bimanuel on sent se transmettre à la main qui fait le toucher. Les cul-de-sacs sont libres, sauf l'antérieur qui est occupé par la masse.

Le 12 mars 1940 : Intervention. Anesthésie générale à l'éther. Hystérectomie subtotale. On trouve un utérus fibro-

mateux énorme en voie de dégénérescence avec hémorragie interstitielle. Ligature des pédicules. Incision du péritoine vésico-utérin. Ligature des utérines difficile à droite. On fixe de deux côtés les ligaments utéro-sacrés à la face postérieure du col pour le soutenir. Péritonisation. Fermeture sans drainage. Durée de l'opération : 14 minutes.

En résumé, il s'agit d'un fibrome en voie de dégénérescence chez une femme qui a saigné pendant longtemps. La transfusion sanguine a été pratiquée dans les jours qui précédaient l'intervention et la veille de l'intervention même.

Le 12 janvier 1940 : Analyse d'urine :

Couleur : jaune.
Réaction : 5,8.
Densité + 15° : 1012.
Albumine : 0.15.
Quelques hématies. Réaction de Kastle-Mayer positive.

Le 15 janvier 1940 :

Hecht	négatif.
Meinicke	
Urée Sanguine	0,18.

Numération globulaire :

Hémoglobine	40 %.
Hématies	2.320.000.
Leucocytes	10.800.
Polynucléaires	
Neutrophiles	75 %.
Eosinophiles	2 %.
Basophiles	—
Monocytes	3 %.
Lymphocytes	22 %.

Le 23 janvier 1940 :

Taux d'hémoglobine	55 %.
Hématies	3.080.000.
Leucocytes	8.000.
Polynucléaires	59 %.
Lymphocytes	28 %.
Monocytes	8 %.
Eosinophiles	5 %.

Le 2 février 1940 :

Taux d'hémoglobine	45 %.
Hématies	2.940.000.
Leucocytes	5.200.
Polynucléaires	67 %.
Lymphocytes	18 %.
Monocytes	6 %.
Eosinophiles	7 %.
Basophiles	2 %.

Le 8 février 1940 :

Taux d'hémoglobine	55 %.
Hématies	3.120.000.
Leucocytes	5.200.
Polynucléaires	68 %.
Lymphocytes	21 %.
Monocytes	4 %.
Eosinophiles	7 %.

Légère anisocytose des hématies.

Le 14 février 1940 : *Groupe sanguin II :*

Le 29 février 1940 :

Après transfusion

Taux d'hémoglobine	55-60 %.
Hématies	3.180.000.
Leucocytes	6.000.
Polynucléaires	65 %.
Lymphocytes	23 %.
Monocytes	8 %.
Eosinophiles	4 %.

Très légère anisocytose des hématies.

Le 12 mars 1940 : Avant l'opération, après transfusion :

Taux d'hémoglobine	75 %.
Hématies	4.100.000.
Leucocytes	8.000.
Polynucléaires	74 %.
Lymphocytes	19 %.
Monocytes	4 %.
Eosinophiles	2 %.
Basophiles	1 %.

Le 13 mars 1940 : Le lendemain de l'intervention :

Taux d'hémoglobine	70 %.
Hématies	3.750 000.
Leucocytes	11.000.
Polynucléaires	79 %.
Lymphocytes	15 %.
Monocytes	5 %.
Basophiles	1 %.

TROISIEME OBSERVATION.

Castillat (Marie), 42 ans, ménagère. Entrée le 20 octobre 1939 dans le service du Professeur Guyot, salle 32, lit 15.

La malade entre à l'hôpital le 20 octobre 1939, parce qu'elle a un fibrome.

A.P. : Maladies de l'enfance. Malade sujette à la grippe, aux bronchites qui surviennent à peu près chaque hiver.

Premières règles à l'âge de 14 ans, assez abondantes, douloureuses, régulières. Pertes blanches entre les règles depuis très longtemps. Mariée à 26 ans. Pas d'enfants. Dernières règles le 15 octobre.

A.H. : Père mort à 65 ans d'un cancer de la langue. Mère morte à 75 ans.

A.C. : Une sœur en bonne santé.

Histoire de la maladie.

Il y a un an, la malade a vu ses règles devenir très abondantes. Elles durent environ une semaine. Elles sont douloureuses. En même temps, vertiges, migraines et nausées. La malade souffre du ventre. Très souvent, les douleurs s'irradient vers les jambes. La malade semble sentir une grosseur

du côté droit. Le 31 juillet 1939, la malade est allée voir son médecin après des règles particulièrement abondantes. Elle est envoyée chez le Professeur Guyot qui lui recommande d'entrer à l'hôpital.

Examen.

Malade de bonne constitution. Pas d'amaigrissement, pas d'appétit. Actuellement, la malade est un peu fatiguée.

Au toucher vaginal, on sent une masse grosse comme une orange à gauche, douloureuse. Le col est refoulé à droite. Il est petit, bloqué dans le cul-de-sac. Le corps utérin est refoulé en arrière, douloureux au toucher. A droite, on sent également une masse. La faisant mouvoir, le mouvement se transmet au doigt vaginal.

L'abdomen est globuleux et distendu. A la palpation, l'abdomen est souple. On sent dans la fosse iliaque gauche une masse arrondie qui a la dimension d'une orange et qui est douloureuse. Dans la fasse iliaque droite on sent également une masse de même dimension, très douloureuse.

Appareil digestif : Constipation habituelle depuis un an. La malade souffre du foie au moment de ses règles.

Appareil pulmonaire et cardio-vasculaire : Rien à signaler.

Le 31 octobre 1939 : Intervention. Volumineux fibrome multilobé à la fois abdominal et pelvien. Opération laborieuse et difficile. On est conduit à pratiquer le morcellement de la tumeur. Gros utérus fibromateux avec deux prolongements, un abdominal, sous-ombilical, l'autre pelvien, très adhérent au rectum. On enlève successivement la grosse masse centrale en passant à droite et en dehors de ligaments et à gauche, entre les ligaments et la tumeur. La libération de la partie

pelvienne postérieure est laborieuse. Incision aux ciseaux des adhérences qui s'étendent sur 8 à 10 centimètres sur le rectum. Drain et Mikulicz avec 4 mèches au fond du bassin.

Le 6 novembre 1939 : Petite poussée thermique. Quelques râles de congestion.

Le 19 novembre 1939 : Fistule intestinale. L'état de la malade s'améliore.

Le 1er décembre 1939 : La fistule persiste. Une fistule vésicale apparaît. Nécessité de mettre une sonde.

Le 5 février 190 : Examen cystoscopique : vessie saine.

Il s'agit d'une fistule vésico-urétérale. Le méat urétéral gauche est parésié et n'est le siège d'aucune éjaculation.

Analyse des urines, le 11 *novembre* 1939 :

Couleur : ambrée.
Aspect : louche.
Réaction : 6,6.
Densité + 15° : 1010.
Urée : 11,20.
Acétone : présence.

B. W. Meinicke	négatif.
Urée sanguine	0.30.
Taux d'hémoglobine	75 %.
Hématies	3.560.000.
Leucocytes	9.600.
Polynucléaires	69 %.
Lymphocytes	20 %.
Monocytes	7 %.
Eosinophiles	4 %.

QUATRIEME OBSERVATION

Grasser (Elisabeth), 39 ans, infirmière-masseuse. Entre à l'hôpital au service du Professeur Guyot, le 23 novembre 1939, salle 32, lit 2.

La malade est envoyée pour métrite hémorragique.

A.H. : Mère vivante, père décédé.

A.P. : Réglée à 14 ans d'une façon régulière. Pas de pertes entre les règles. Les dernières règles ont eu lieu le 9 novembre 1939. En 1934, la malade a eu quelques pertes hémorragiques. Ses deux accouchements étaient normaux.

Histoire de la maladie.

Il y a 3 semaines, la malade a eu une petite perte de sang foncé de couleur brunâtre qui est survenue une dizaine de jours après ses dernières règles. En outre, depuis la naissance de ses enfants, la malade a presque constamment des pertes blanches.

Examen.

Abdomen souple. Au toucher vaginal, on sent un col souple, un orifice ouvert et sur la lèvre antérieure grosse, on trouve dans la cavité une masse dure, non pédiculisée, se prolongeant dans la cavité cervicale. Le corps utérin est gros et en rétroversion.

Appareil cardio-vasculaire : Rien à signaler.

T.A.

Mx = 15
Mn = 7
Io = 5

Appareil pulmonaire : Quelques râles dans toute l'étendue du champ pulmonaire gauche.

Le 28 novembre 1939 : On pratique une biopsie sans anesthésie. Résultat : épithélioma spino-cellulaire.

Le 19 décembre 1939 : Intervention : Hystérectomie totale. Gros utérus avec un kyste de l'ovaire gauche. L'utérine est coupée au ras du vagin. Section circulaire du vagin. Mise en place d'un gros drain n° 14. Mikulicz. Fermeture de la paroi aux trois fils métalliques. Durée : 35 minutes.

Le 28 décembre 1939 : Les mèches sont enlevées. L'examen de la pièce opératoire a montré qu'il ne s'agissait pas d'un néoplasme. Suites opératoires normales.

Analyse des urines :

Couleur : jaune rosé.
Aspect : trouble.
Sédiment : abondant.
Réaction : 4,6.
Densité : 1025.
Acétone : forte quantité.
Nombreuses hématies.

Numération globulaire :

Taux d'hémoglobine	88 %.
Hématies	4.000.000.
Leucocytes	6.200.
Polynucléaires	68 %.
Lymphocytes	25 %.
Monocytes	7 %.

B. W.	négatif.
Meinicke	
Urée sanguine : 0.20.	0.20.

CONCLUSIONS

1° La technique rapide des hystérectomies pour cancer du corps ou fibrome compliqué comporte une préparation minutieuse des malades pendant 8 à 15 jours qui précèdent l'intervention :

a) S'il s'agit d'une malade dont l'anémie est légère, on se contente d'un traitement par l'hémopylore et d'un régime approprié ;

b) Dans le cas d'une anémie grave, on applique la transfusion qui doit être répétée, lente et non massive ;

2° La phase opératoire ou bien la technique proprement dite comporte l'emploi du catgut ayant servi à la suture du col, pour la ligature de l'artère utérine correspondante et la suppression de la péritonisation du petit bassin. Ce procédé permet de réaliser l'opération en 20 à 25 minutes ;

3° Les soins post-opératoires sont d'autant plus importants, du fait qu'il s'agit des femmes anémies et peu résistantes ;

4° Les accidents et les complications observées au cours de la convalescence ne diffèrent pas de celles notées à la suite d'une hystérectomie classique.

SERMENT.

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen.*

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LABAT.

Le Président de Thèse,

GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 juin 1940,

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

Bonneau (R.). — Le grand drainage par voie vaginale après l'hystérectomie abdominale totale. (*Gynécologie* 32 : 72-76. Février 1933.).

Cadenat (F.-M.). — L'hémostase dans l'hystérectomie totale. (*L'hôpital,* avril 1939, n° 461[bis], page 232.)

Levent (R.). — Hystérectomie totale ? Hystérectomie subtotale ? (*Gazette des Hôpitaux,* n° 90, 11 novembre 1939.)

Lévy. — Contribution à l'étude de la technique et de la tactique opératoire de l'hystérectomie totale (Tèse Paris, 17 juin 1939.).

Pascalis (Georges). — Procédé d'hystérectomie totale dans les tumeurs et les infections utérines. (*Journal de Médecine de Paris,* n° 2, 12 janvier 1933.)

Worall. — Hystérectomie totale pour conditions autres que la malignité. (*Surg. gyn. and. Obst.,* t. LVI, n° 3773, 29 avril 1933, p. 741.)

Catillejos. — Chirurgie du cancer de l'utérus, an. 4, n° 3, avril-mai 1936.

Horno (Ricardo) et Alcorta. — A proposito del Mikulicz en las operaciones de cancer uterino. (*Acta médica Latina,* janvier-février 1933.)

Petit de la Villeon. — Cancer du corps de l'utérus. Présentation de pièce opératoire. (*Bulletin et Mémoire de la Société de médecine de Paris.* Séance du 8 avril 1934, n° 7, page 307.)

Renon (G.). — Les indications de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin. (*Annales de l'Hôpital-Hospice,* Tome II, n° 1, 1er semestre 1937.)

Violet (H.). — Hystérectomie pour cancer du corps utérin dans un utérus fibromateux traité un an avant par stérilisation ovarienne. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obst.,* n° 1, janvier 1933.)

Werner. — Opération de Wertheim pour cancer de l'utérus. (*Compte-rendu du 28e Congrès des Chirurgiens Américains.* Octobre 1938.)

Mingasson. — Contribution à l'étude de la technique de l'hystérectomie totale (Wertheim excepté). (Thèse Bordeaux, 1934-1935.)

Oritz (M.). — Section bilatérale des uretères dans un cas d'hystérectomie totale. (*Revista de Chirurgia,* n° 8, août 1937.)

Funck-Brentano (P.). — Le traitement chirurgical du cancer du corps utérin. (*La Gynécologie,* Juillet 1937.)

Laffitte (H.). — Quelques remarques sur le « Cancer du corps utérin », son traitement par l'hystérectomie vaginale sous anesthésie épidurale. (*Pratique médicale française.* Janvier 1935-A.)